

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 237

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 février 1900, à 1 heure

Par LÉON DUMONT

Né à Quingey (Doubs) le 7 janvier 1875.

LA

TUBERCULOSE TESTICULAIRE
EST-ELLE LOCALE ?

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM. REMY, professeur.
BROCA (Aug.) et MÉRY, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

5, rue Racine, 5

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 février 1900, à 1 heure

Par LÉON DUMONT

Né à Quingey (Doubs) le 7 janvier 1875.

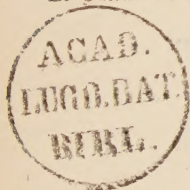
LA

TUBERCULOSE TESTICULAIRE EST-ELLE LOCALE ?

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. REMY, professeur.
BROCA (Aug.) et MERY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILL AUX

Chirurgien des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de Médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur

LA
TUBERCULOSE TESTICULAIRE
EST-ELLE LOCALE ?

AVANT-PROPOS

Nous devons à M. le Dr Thiéry non seulement l'idée première de ce travail mais aussi de nombreux conseils sur la manière d'envisager la question que nous avons essayé de traiter ; c'est à ses consultations de la Pitié, que nous avons suivies avec intérêt et profit, que nous avons recueilli la plupart des observations qui nous ont servi à étayer notre thèse, nous le prions de recevoir l'assurance de notre sincère reconnaissance.

Que M. le professeur Lannelongue et MM. les Drs Broca et Villemin veuillent bien accepter nos remerciements, c'est à eux que nous sommes redevables des connaissances acquises en chirurgie infantile.

Nous avons toujours rencontré auprès de nos Maîtres de Besançon, qui ont dirigé nos premiers pas dans la carrière médicale, un accueil bienveillant et nous nous sou-

venons des marques d'amitié qu'ils nous ont prodiguées ; nous les en remercions vivement et en particulier MM. les Drs Coutenot, Saillard, Chapoy, Bruchon, Gauderon, Bolot, Prieur.

Nous adressons tous nos remerciements à M. le professeur Tillaux pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Le traitement de la tuberculose testiculaire diffère nécessairement, selon l'idée qu'on se fait des tuberculoses locales. Deux opinions sont en présence et nous ne saurions mieux faire pour les énoncer que de citer un passage de la thèse inaugurale de M. le Docteur Thiéry : « Il y a ceux qui regardent la lésion initiale comme une tuberculose locale, ces auteurs naturellement pensent que l'ablation de ce foyer, s'il est radical et complet, met l'organisme à l'abri de tout accident ultérieur et invoquent alors une nouvelle infection pour expliquer les désastres qui ont pu survenir plus ou moins tardivement après l'opération. Il y a d'autre part ceux qui regardent les manifestations tuberculeuses locales comme l'épiphénomène d'une infection générale déjà effectuée, bien qu'il n'y ait pas tuberculose viscérale à proprement parler et pour lesquels l'ablation de la tuberculose locale supprime un foyer infecté mais non un foyer d'infection, l'infection étant déjà faite et étant la cause bien plus que l'effet de la manifestation locale ».

✓ Cette dernière appréciation a été longtemps la seule admise et l'époque n'est pas très éloignée où Louis formulait sa fameuse proposition : « Après 15 ans, il ne peut

pas y avoir de tubercules dans un organe, s'il n'y en a pas dans les poumons ».

Depuis, les travaux se sont multipliés sur la question des tuberculoses locales, la loi de Louis fut battue en brèche et ne fut plus acceptée dans toute sa rigueur ; on alla même plus loin, certains auteurs la rejetèrent complètement et admirèrent avec Velpeau que la tuberculose est une maladie locale dans le plus grand nombre des cas. Cependant il s'en faut que cette dernière opinion soit acceptée par tous, il semble même que la loi de Louis soit moins combattue, c'est ce qui paraît ressortir de la discussion qui eut lieu à la Société de Chirurgie, en Mai dernier, sur l'opportunité de la castration. Les tuberculoses dites locales ne seraient-elles pas, comme l'admet M. le Docteur Thiéry, des tuberculoses périphériques à foyers localisés et leur ablation dans ces conditions ne doit-elle pas de nouveau être discutée ? C'est ce qui fut fait, nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

Nous n'avons pas l'intention d'aborder de front la trop vaste question des tuberculoses locales ; nous nous contenterons d'une étude plus restreinte celle des rapports de la phymatose testiculaire avec la tuberculose généralisée et principalement avec la tuberculose pulmonaire. Après avoir passé en revue les principales opinions émises sur les causes de la tuberculose testiculaire, nous examinerons les rapports de cette localisation avec celle qui se fait dans les voies urinaires et dans l'appareil pulmonaire ; nous étudierons tout particulièrement cette dernière question et à ce propos nous rappellerons les statistiques antérieures, nous énoncerons le résultat de nos

observations personnelles et nous terminerons par les conclusions que nous pensons pouvoir en tirer c'est-à-dire par un court chapitre sur le traitement de la tuberculose testiculaire.

ÉTIOLOGIE

« Parmi les tuberculoses locales, dit Verneuil, il n'en est guère dont l'étiologie soit plus obscure et plus discutée que celle dont sont atteints les organes génitaux ». Personne n'ignore qu'il ne peut y avoir de tuberculose sans bacille de Koch, les germes tuberculeux arrivent dans l'organisme « ils lèvent immédiatement dans les « lieux mêmes où ils sont déposés, y déterminent une « affection locale tuberculeuse, puis se propagent avec une « certaine lenteur et dans un ordre constant en suivant « le cours de la circulation lymphatique ou sanguine ».

Supposons que ce bacille soit arrivé au testicule, il évoluera et déterminera la tuberculose de cet organe sous différentes formes, mais comment a-t-il pu se fixer en ce point et pourquoi ? Verneuil cherche une explication dans une hypothèse et est disposé à admettre « que le microbe tuberculeux progresse à travers les voies génitales inférieures jusqu'en un point de l'appareil où il trouve les conditions locales favorables à son installation et à son développement. » Cette hypothèse d'inoculation, suite de coït suspect, n'a pas été acceptée, cette migration ascendante du bacille paraît invraisemblable, elle ne peut être qu'exceptionnelle.

Par contre, la migration descendante a plus d'adeptes.

« Pour nous, dit Cayla, l'infection tuberculeuse est générale, le parasite circule dans le sang, c'est par là qu'il est transporté au rein, l'infection suit le courant de l'urine et remonte le cours du sperme ». L'auteur appuie sa manière de voir sur la lecture de 100 autopsies.

Nous reviendrons sur cette théorie qui est mieux qu'une hypothèse, pour le moment, ce qu'il nous importe de savoir ce sont les explications fournies par les adversaires. Si la tuberculose testiculaire, disent-ils, est toujours la conséquence d'une phymatose rénale, comment comprendre la bénignité relative de la tuberculose épидидymaire? « Pour nous, dit M. Reclus, et je crois pour la plupart des cliniciens l'épididyme semble être dans l'immense majorité des cas le premier organe génito-urinaire atteint et comme le centre d'irradiation ». Le bacille de Koch, au lieu d'aboutir au testicule par voie descendante en venant du rein et de la vessie ou par voie ascendante à la suite de rapports sexuels, prendrait l'épididyme comme point de départ pour infecter d'une façon plus ou moins rapide l'organisme tout entier et c'est précisément pour enrayer sa diffusion qu'on agit sur l'organe contaminé et cela soit à l'aide de moyens palliatifs soit par une opération radicale.

Le bacille arrive au testicule par les vaisseaux et il se cantonne en ce point parce que l'appareil génital est en état d'infériorité, parce qu'en ce moment il est un lieu de moindre résistance. « Il y a, dit Cruveilhier, des tuberculoses localisées qui tiennent à des causes locales, comme il y a des tuberculoses généralisées qui tiennent à des causes générales ». Et en effet, ces causes locales, ces

causes occasionnelles sont nombreuses. « Nous croyons
« pour notre part, dit M. Reclus, que les traumatismes
« ne sont pas sans influence et que les irritations de
« l'urèthre et les blennorrhagies répétées hâtent parfois
« singulièrement l'éclosion du tubercule ».

De fait, ces causes sont souvent mentionnées dans les observations des auteurs et elles ne font pas défaut dans celles que nous relatons ; toutefois faut-il leur accorder une importance capitale et admettre qu'elles sont suffisantes pour expliquer autre chose que la localisation de l'affection ? Nous ne le pensons pas, le bacille évolue en cet endroit parce qu'il y a lésion antérieure, le fait est exact souvent mais non toujours ; l'organe, en effet, peut être en état de réceptivité et ne rien recevoir comme, par contre, il peut être sain et l'agent infectieux le contaminer et l'envahir ; les contusions du testicule sont fréquentes, les orchites blennorrhagiques ne le sont pas moins, malgré cela, la phymatose testiculaire est relativement rare ; d'autre part, les observations témoignent que souvent l'interrogation et le palper ne découvrent dans le testicule tuberculeux aucune lésion antérieure.

On peut donc en conclure que la cause occasionnelle, pour être importante n'est ni suffisante ni nécessaire et on est en droit de se demander, tout au moins, si, l'état d'infériorité existant, il suffit, pour qu'il y ait phymatose épидидymaire que « des germes aient pénétré dans l'organisme par quelque fissure du tégument externe par une perte de substance ulcéreuse des voies aériennes et digestives » (Reclus). Une brèche quelconque insignifiante, invisible, une ulcération minime et sans gravité de l'ap-

pareil respiratoire et digestif suffiraient souvent, pourvu que la tuberculose ait dans le testicule « son lit tout préparé ». Mais, dans ces conditions, la castration serait évidemment la méthode de choix ; le testicule étant seul atteint, son ablation ferait disparaître avec lui la seule source d'infection ultérieure, cependant si on collige les observations et si on étudie les discussions récentes, on se rend compte rapidement que la question n'est pas aussi simple et qu'il n'est pas rare de voir après l'opération radicale de nouveaux foyers naître et se développer dans l'autre testicule ou dans les organes plus ou moins éloignés avec une rapidité souvent imprévue.

Pour donner une explication à ces faits malheureusement trop fréquents, peut-on admettre que le bacille de Koch est simplement charrié d'un point de départ qui est une lésion minime au point d'arrivée qui est ici le testicule, ou ne vaut-il pas mieux penser que l'agent infectieux a évolué dans l'épididyme, peut-être sous l'influence d'une cause occasionnelle dont nous avons déjà parlé mais seulement après s'être fixé, après avoir vécu d'une vie active ou latente dans un organe plus accessible, plus exposé comme le poumon ? En d'autres termes, la tuberculose testiculaire, au lieu d'être affection locale dans la moitié des cas, ne serait-elle pas, nous ne disons pas toujours, mais souvent, plus souvent qu'on ne le pense, une manifestation locale d'une phymatose plus ou moins appréciable, et généralisée ?

III

Rapports de la tuberculose testiculaire avec la tuberculose des voies urinaires

Il existe deux catégories principales de malades porteurs d'une phymatose testiculaire : la première comprend ceux chez lesquels, à côté de la lésion génitale, on trouve ou non d'autres lésions de même ordre dans les poumons ou ailleurs ; la seconde, ceux chez lesquels il y a tuberculose non seulement des organes de la génération mais encore des voies urinaires. Occupons-nous de celle-ci tout d'abord, l'autre devant faire l'objet d'un chapitre plus détaillé parce que nous avons eu davantage l'occasion de l'observer.

1° *Migration descendante du bacille.* — Peu fréquente pour les uns elle est très fréquente pour les autres. « Après la lecture de 100 autopsies, dit Cayla, nous sommes resté convaincu que les lésions de la tuberculose génito-urinaire débutaient par les parties supérieures du système, par le rein... la phymatose de l'épididyme et du testicule est le dernier terme de ce processus d'envahissement ».

Nous ne pouvons donner une appréciation sur ce point, cependant dans la moitié des cas chez les malades que nous avons examinés, nous avons pu remarquer la coexistence

d'une lésion tuberculeuse dans la prostate et dans le testicule. Quelle est la première en date ? Nous penserions volontiers que le plus souvent la prostate a été envahie avant le testicule car les malades s'étaient présentés à la consultation dès les premiers symptômes de leur affection testiculaire. Quoiqu'il en soit, ce que nous voulons retenir c'est qu'il y a toute une catégorie plus ou moins importante de malades chez lesquels le bacille de Koch avant de se fixer dans l'épididyme a évolué dans le rein et que chez eux la tuberculose du testicule n'est pas locale ; elle n'est qu'une conséquence non pas fatale mais fréquente d'une localisation antérieure qui, dans le cas présent, était au rein ; et on peut même se demander si cette lésion rénale cause de la lésion testiculaire n'a pas souvent elle-même sa source plus haut, dans l'organe le plus accessible au bacille de Koch, au poumon.

Tilden Brown, dans les *Annales des organes génito-urinaires* (mai 98) fait remarquer « qu'il n'y avait pas un seul sujet, sur un nombre total de 567 autopsies, présentant des lésions tuberculeuses des reins, de la rate ou du foies sans que soit un, soit les deux poumons ne fussent atteints de lésions en activité ou cicatrisées. » « Mais, dit M. Tuffier ce ne sont là que des résultats d'autopsie ; les résultats éloignés des interventions chirurgicales pratiquées pour des tuberculoses du rein m'ont amené au contraire à penser que, dans bien des cas, la localisation bacillaire était primitive dans la glande rénale et qu'à côté de la bacillose secondaire du rein il en existe une primitive ». Il faut en conclure que lorsqu'il y a migration descendante, le testicule est atteint soit après le poumon et le rein soit après

le rein seul, en tout cas, chez cette catégorie de malades, la tuberculose testiculaire n'est pas locale, question importante à connaître au point de vue du traitement.

2° *Migration ascendante.* — Le bacille de Koch ne vient pas du rein, il y va. D'où vient-il ?

1° Des organes génitaux d'une femme tuberculeuse à la suite de rapports sexuels ? Nous avons vu que Verneuil, Fernet ont tenté cette hypothèse pour expliquer l'arrivée du bacille dans l'épididyme d'individus bien portants ou semblant l'être ; le bacille s'est fixé en ce point et a évolué sous la seule influence d'une cause occasionnelle et évidemment la tuberculose est locale, mais nous savons que ces cas sont regardés par nombre d'auteurs comme invraisemblables et que, s'ils existent véritablement, ils sont exceptionnels, nous ne nous y arrêtons pas.

2° Le bacille ne vient ni du rein ni des organes génitaux d'une femme tuberculeuse, il doit nécessairement arriver au testicule ou du dehors par une éraillure de l'épiderme d'une muqueuse ou d'un organe primitivement atteint, et en particulier du poumon.

Une solution de continuité de la peau peut être la porte d'entrée du microbe, le bacille de Koch peut même se développer en ce point et déterminer une tuberculose locale ; MM. Reclus et Rochette ont décrit, en effet, une tuberculose primitive du scrotum, la lésion phymateuse du testicule étant la conséquence de celle des bourses, mais ces cas ne sont que l'exception et comme le fait remarquer Rochette lui-même « le plus souvent l'individu est tuberculeux par le poumon ».

IV

Rapports de la tuberculose testiculaire avec la tuberculose pulmonaire.

Ces rapports, parfois, sont si nets qu'il ne peut y avoir divergence d'opinions, ces cas par leur évidence perdent tout leur intérêt, nous ne faisons que les mentionner.

Un individu en est à la deuxième ou troisième période d'une tuberculose pulmonaire, depuis longtemps on suit les progrès de sa maladie sans pouvoir les enrayer et, à un moment donné, l'attention est attirée sur une nouvelle complication, on constate un point phymateux sur l'épididyme, il n'y a aucun doute, on est simplement en présence d'une manifestation locale, vite reconnue quoique peu fréquente. Nous nous contenterons d'en rapporter une observation.

Mais très souvent, nous pourrions même dire dans la majorité des cas, il n'en est pas ainsi. Cette catégorie de malades dont nous allons nous occuper est la plus importante parce qu'elle est la plus nombreuse ; elle est aussi la plus intéressante parce qu'elle est la plus discutée, la moins admise. Elle comprend les individus qui, de prime abord, ne paraissent entachés d'aucune tare bacillaire hé-

rédaire ou acquise. Un homme se présente à la consultation pour une douleur dans le testicule, pour un gonflement de cette région, pour un petit noyau siégeant à la queue de l'épididyme, il est assez vigoureux, il se livre journellement à un travail souvent pénible, il attribue son affection à une contusion, à un effort, quelquefois à une uréthrite antérieure mais volontairement ou non, il garde le silence sur son passé.

C'est précisément dans ces cas relativement nombreux qu'il est utile de rechercher avec soin les antécédents héréditaires et personnels du malade, de fouiller en quelque sorte sa vie au point de vue morbide ; nous savions, et nous avons eu maintes fois l'occasion de nous en convaincre, qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir des renseignements précis, des réponses exactes aux questions de ce genre, c'est une nouvelle raison d'insister, tout en prenant soin de ne pas blesser les susceptibilités et de ne pas imposer sa pensée, de ne pas suggestionner l'interrogé.

Nous avons entrepris nos recherches dans cet état d'esprit ; le diagnostic de tuberculose testiculaire ayant été posé par nos Maîtres, nous avons passé en revue les différents symptômes, nous nous sommes efforcé de découvrir les lésions souvent minimes, capables de mettre sur la voie d'une tuberculose pulmonaire commençante et plus ou moins latente ; ces recherches nous font admettre que la tuberculose testiculaire n'est pas affection locale dans une proportion aussi grande que certains auteurs le pensent. Avant d'exposer les observations personnelles sur lesquelles nous nous appuyons pour émettre cette opinion, examinons rapidement les appréciations et les

statistiques que nous avons pu recueillir sur cette question.

Salleron, en 1869, dans un travail reposant sur un total de 51 observations, déclare n'avoir trouvé qu'un cas de tuberculose pulmonaire et jamais l'envahissement de la prostate ! Pour Cruveihlier « la connexion de la tuberculisation testiculaire avec la tuberculisation pulmonaire n'existe pas, leur coïncidence est purement fortuite et ne se rattache à aucune loi particulière ». Il a été une époque, celle de Velpeau, où l'on faisait de la tuberculose testiculaire « une tuberculisation de nature spéciale, toujours locale, à marche propre et sans tendance à la généralisation ».

A côté de ces auteurs niant formellement toute relation de cause à effet entre la tuberculose pulmonaire et la bacilliose épididymaire, il en est d'autres qui sont d'une opinion absolument opposée. Sans parler à nouveau de Louis dont nous connaissons la loi, nous voyons que Vidal (de Cassis) donne la même appréciation presque dans les mêmes termes « or, on sait, dit-il, que, quand les tubercules sont trouvés dans une partie quelconque du corps, on en trouve toujours dans les poumons ». Ast. Cooper, tout en étant moins affirmatif, pense de même. Dans son travail sur l'inflammation chronique des testicules, nous lisons ce passage ; « Si l'on a égard aux causes de cette affection, on ne peut la considérer comme une affection purement locale, car chez les individus qui y sont sujets, elle paraît être sous l'influence d'une disposition constitutionnelle, elle existe souvent chez des sujets qui ont été scrofuleux pendant leur jeunesse ».

De ces deux opinions extrêmes quelle est celle qui doit

être admise? Si nous n'osons accepter la seconde dans toute sa rigueur, nous ne pouvons, par contre, regarder la première comme l'expression de la vérité.

Les statistiques établies depuis Salleron, Cruveilhier, Velpeau démontrent d'une façon évidente qu'il existe des rapports entre la tuberculose du testicule et celle du poumon, on ne saurait le nier, c'est un fait acquis mais la discussion n'est pas terminée, elle n'est que circonscrite, car il reste à savoir — ce qui est le plus difficile — dans quelle proportion sont ces rapports. Cette proportion est-elle minime ou est-il « très fréquent, comme l'admet Nélaton, de rencontrer, chez des gens atteints de tuberculose des organes génitaux, des productions semblables dans les poumons »?

Collinet, dans sa thèse inaugurale, donne les statistiques suivantes, résultant des autopsies d'individus porteurs de tuberculose génito-urinaire :

	Autopsies	Poumons sains
	—	—
Jullien	41	18
Thompson (1874) . . .	18	8
Guilliot (1883) . . .	59	10
Guyon (1891) . . .	28	17

« Nous pouvons donc en conclure, dit Villard, que dans la moitié des cas les tuberculeux génitaux ont leurs poumons indemnes ». M. Reclus arrive à peu près à la même proportion. Dans sa thèse (1876) nous trouvons les deux tableaux suivants :

1° Tuberculose génitale et pulmonaire. . .	16 cas
Tuberculose génitale seule	14 —

2° Avec autopsies :

Tuberculose génitale et pulmonaire . .	20 cas
Tuberculose génitale seule	10 —

« Depuis 1876, dit M. Reclus, nous avons recueilli de nouvelles observations, et, sur 34 autopsies, nous comptons :

Tuberculose génitale et pulmonaire . .	25 cas
Tuberculose génitale seule	9 —

Notre travail repose sur 25 observations personnelles, prises pour la plupart à la Consultation de Chirurgie de la Pitié ; nous les avons complétées, non seulement en suivant les malades dans les services où ils étaient entrés, mais aussi à domicile ; nous nous sommes efforcé de tous les revoir, à quelques mois d'intervalle, afin de juger des résultats obtenus par le traitement mis en vigueur ; il nous a été possible de les examiner à nouveau, sauf quelques-uns que nous n'avons pas retrouvés, par contre, nous ne pouvons appuyer nos assertions sur le contrôle des autopsies, un seul des 25 malades ayant succombé et chez lui. D'ailleurs, il devait en être ainsi, car les sujets dont nous relatons l'état de santé ne sont pas atteints au point d'en mourir ; ce sont des individus, comme nous l'avons dit, qui se présentent à la consultation pour une petite nodosité plus ou moins douloureuse dans le testicule qu'ils attribuent presque tous à un effort et non pas pour leur état général qui, de prime abord, semble relati-

vement bon et même le plus souvent si bon que la pensée ne vient pas de les interroger minutieusement sur les symptômes de tuberculose pulmonaire commençante auxquels ils n'ont accordé eux-mêmes qu'une médiocre importance.

C'est, au reste, un fait connu, et nous avons pu le vérifier une fois de plus, que ce ne sont pas les tuberculeux avérés qui sont porteurs d'une phymatose testiculaire mais bien ceux qui sont au début de leur affection qui pour être peu marquée n'en est pas moins réelle.

Et c'est précisément parce que les tuberculeux génitaux sont, dans la très grosse majorité des cas, des individus qui n'ont pas cessé leur travail et qui ont les apparences de la santé que les opinions sont partagées sur la fréquence des rapports entre la bacillose du testicule et celle du poumon.

De plus, cette difficulté est encore augmentée par celle que l'on éprouve parfois à porter un diagnostic absolument exact. « Souvent, dit Vidal de Cassis, on a vu des tubercules où il n'y en avait pas ». « Il y a un fait clinique, un fait d'observation qui prouve que certains sujets très bien constitués, avec des poumons parfaitement sains, portent des tumeurs chroniques des testicules ayant la plus grande ressemblance avec celles qui sont tuberculeuses et qu'on observe chez les phthisiques » (Nargaud).

Nous ne savons si l'erreur est commise « souvent », mais ce qui est évident c'est qu'il n'est pas étonnant de trouver ces porteurs de tumeurs testiculaires indemnes de toute tuberculose viscérale.

Pour nous, nous avons, non pas fait un choix parmi les

malades qu'il nous a été donné d'observer, ce triage enlevant toute valeur à un travail de ce genre, mais nous ne nous sommes occupé, selon les conseils de M. le Dr Thiéry, que de ceux chez lesquels il ne pouvait y avoir de doute sur la nature de l'affection épididymaire. Convaincu, comme Cayla « qu'un inventaire minutieux permet souvent de retrouver une manifestation antérieure de la diathèse tuberculeuse », nous avons fait porter nos recherches tout spécialement sur les antécédents héréditaires et personnels ; pour les premiers, dans la moitié des cas nous avons retrouvé la tuberculose ; nous n'ignorons pas qu'il est peu de familles où il n'y a pas un tuberculeux et que l'antécédent héréditaire s'il n'est pas nécessaire n'est également pas suffisant, cependant on ne peut nier l'importance de cette constatation lorsqu'on se trouve en présence d'un individu entaché de tuberculose comme un phymateux testiculaire.

Quant aux antécédents personnels capables de mettre sur la voie du diagnostic et aux symptômes fonctionnels de la tuberculose au 1^{er} degré, nous les avons trouvés chez 20 de nos malades. Ce n'est pas que nous ayons pu faire, à propos de chacun d'eux, l'énumération de tous ces symptômes mais nos recherches nous ont fait découvrir chez eux suffisamment de signes importants pour qu'il nous soit permis de les considérer comme bacillaires.

Nous aurions été étonné, d'ailleurs, qu'il en fût autrement, car, par nos visites à domicile, nous avons pu nous rendre compte de la fréquence de cette misère physiologique qui joue un rôle si important dans l'étiologie de la tuberculose et combien est secondaire la place que prend

l'hygiène élémentaire parmi les préoccupations de la catégorie de malades que nous avons étudiés. Ces antécédents héréditaires et surtout personnels et ces signes fonctionnels sont exposés en détail dans l'énoncé de nos observations, parce que leur valeur est d'autant plus grande que leur existence ne peut être matière à discussion.

Il n'en est pas de même des signes physiques. Pour ceux-ci, leur importance est évidemment plus absolue, mais il est souvent, par contre, difficile d'affirmer leur existence. Nous relatons ce qu'une percussion et une auscultation répétées nous ont fait découvrir : Respiration rude, expiration prolongée, craquements secs, quelquefois humides, râles sibilants localisés à l'un ou aux deux sommets nous ont paru exister chez ces 20 malades qui présentaient les signes présumptifs dont nous venons de parler.

Quant aux 5 autres, sans vouloir affirmer que leurs poumons sont parfaitement sains, nous n'avons pas trouvé de signes assez nets pour les mettre au même rang que les premiers.

Le résultat de ces 25 observations nous amène donc à penser que dans plus des deux tiers des cas la tuberculose testiculaire doit être considérée non seulement « comme une manifestation de l'état morbide que l'on désigne sous le nom de diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse » (Cutling), mais aussi « qu'il est très fréquent de la rencontrer chez des gens ayant des productions semblables dans les poumons. » (Nélaton) « Pour nous, dit Cayla, l'infection tuberculeuse est générale, le parasite circule dans le sang » mais pour expliquer certaines tuberculoses localisées comme la phymatose épithy-

maire, on ne peut pas admettre qu'un seul bacille par exemple soit inhalé et traverse les capillaires pulmonaires sans déterminer de foyer dans cet organe pour être ensuite transporté dans un autre organe (Koch). D'autre part, il est bien évident que c'est par l'acte respiratoire que le bacille entre le plus souvent dans l'économie, nous en concluons donc, de par ce raisonnement et de par le résultat de nos observations, que la phymatose testiculaire est aussi le plus souvent secondaire et nous pensons que « dans l'immense majorité des cas, c'est le poumon qui est le premier atteint, le point de départ de la généralisation consécutive, le foyer d'origine. » (Brissaud).

M. le Docteur Thiéry est plus affirmatif; la phymatose épilidymaire, dit-il, *n'est jamais primitive*, mais les lésions pulmonaires tuberculeuses sont assez souvent si peu avancées qu'il est difficile et parfois impossible de prouver leur existence par les recherches cliniques. Au reste, n'est-il pas fréquent de trouver ces lésions à l'autopsie d'individus chez lesquels le diagnostic de tuberculose pulmonaire n'avait jamais été porté ? M. le Dr Comby, étudiant cette question chez l'enfant, émet la même opinion. « Pour moi, dit-il, la porte d'entrée du bacille de Koch est dans l'appareil respiratoire, et la tuberculose testiculaire est précédée de quelque ganglion trachéo-bronchique caséeux, d'où la dissémination s'est faite par la voie sanguine, atteignant le testicule [au hasard de l'infection bacillaire. En réalité, cette tuberculose génitale comme les tuberculoses chirurgicales *n'est primitive qu'en apparence*. Elle a été précédée d'une étape médicale que les autopsies des nourrissons nous montrent *constamment* ».

Traitement.

La constatation de la coexistence de la tuberculose viscérale et de la phymatose épидидymaire est doublement utile parce qu'en faisant instituer un traitement énergique contre la première, elle permet par le fait de modifier heureusement la seconde. « La tuberculose du testicule n'étant le plus souvent qu'une manifestation locale de la tuberculose, le traitement doit être général en même temps que local ». Nous irions même volontiers plus loin que Barnier, en disant que parfois l'on doit s'occuper davantage de l'état général que de l'état local. Et pour appuyer cette assertion, nous n'avons qu'à nous reporter à nos observations et à examiner le traitement institué et le résultat obtenu après plusieurs mois. Pour presque tous, on s'est contenté d'un traitement local palliatif (suspensoir, onguent mercuriel, cataplasmes de farine de lin), mais, par contre, nous avons toujours vu prescrire un traitement général (huile de foie de morue, pilules d'iodoforme) et ce qu'il nous a été assez facile de constater c'est une amélioration sensible non seulement du côté du

poumon mais aussi du testicule chez ceux qui ont suivi ponctuellement les indications données.

Cependant, le traitement général, pour être toujours nécessaire, n'est pas toujours suffisant. S'il est de beaucoup le plus important lorsque la tuberculose testiculaire est à ses débuts, ou lorsqu'elle ne se manifeste que par une petite tumeur peu sensible comme c'est le cas dans la plupart de nos observations il est d'autres cas où il est urgent d'intervenir d'une façon plus directe.

Chez plusieurs de nos malades, on a ouvert les abcès au bistouri et procédé à un grattage, ce traitement ne nous semble pas suffisant, le foyer infectant est loin d'être toujours détruit, des fistules intarissables en sont souvent la conséquence et l'autre testicule n'est pas mis à l'abri de la maladie ; nous pensons qu'il serait préférable d'employer les injections sclérogènes de chlorure de zinc, selon la méthode préconisée par notre maître le professeur Lannelongue pour les ostéo-arthrites de même nature ; on arrive au même résultat à l'aide du thermocautère. « La cautérisation au fer rouge, a dit Mougin, amène une réaction franche ; s'il existe des abcès, au lieu de les ouvrir avec le bistouri, on se sert du fer rouge et dans ce cas encore, la cicatrisation du foyer s'opère avec rapidité ».

Mais lorsque le testicule est tellement désorganisé qu'il est devenu inutile et même nuisible, lorsque une suppuration prolongée et dont on ne peut prévoir la fin affaiblit le malade, doit-on avoir recours au procédé radical, à la castration, comme le conseille Barnier ? L'emploi de l'ins-

trument tranchant, a dit Hunter, fait toujours mal dans les cas de tuberculose ».

La castration, grâce à l'antisepsie, donne, il est vrai, de très bons résultats opératoires immédiats mais les suites éloignées de cette intervention ne sont pas à l'abri de toute critique. Non seulement la castration « n'a jamais fait rétrocéder une tuberculose prostatique existante » (Quénu) mais « elle n'empêche pas toujours la récurrence sur l'autre testicule » (Bazy), par conséquent, elle ne devrait être faite, selon la remarque de Nélaton, que dans les cas où l'on ne constate aucun symptôme du côté de la poitrine ou d'un organe important; aussi, suivant le même auteur, elle est bien rarement indiquée; nous en relatons un cas où le résultat fut bon, nous n'avons trouvé chez ce malade aucune autre lésion phymateuse. Et même dans ces cas qui sont, à notre avis, de beaucoup les moins nombreux, il faut toujours compter avec ces accidents graves où l'opération radicale a été suivie promptement d'une poussée aiguë dans les poumons ou les méninges. Fossart, Desmarts, Fontan en citent des exemples très nets.

Sans parler de la sécrétion interne qu'il fait disparaître en supprimant le testicule, le chirurgien se trouve parfois dans la nécessité de ne pas agir, le malade opposant un refus formel à l'intervention radicale « Nous voyons, à chaque instant, dit Vouillac, dans la pratique hospitalière des malheureux privés depuis longtemps d'ailleurs de leurs fonctions génitales par suite d'une tuberculose du testicule et qui refusent avec véhémence une opération qui les délivrerait de leur pénible infirmité par la suppression d'un organe devenu dangereux, atrophié et inutile ».

Pour obvier dans la mesure du possible à ces nombreux inconvénients, pour conserver au malade un « testicule tout au moins moral » (Verneuil), « une illusion consolante » (Robert), pour se mettre à l'abri de ce coup de fouet que donne à l'évolution de la tuberculose viscérale l'ablation sanglante et complète de la glande, nous pensons que dans la majorité des cas le bistouri peut être remplacé avantageusement par le fer rouge. La thermo-cautérisation est « une opération innocente qui a pour avantages d'abréger la marche des accidents, le séjour des malades dans les hôpitaux et de leur conserver des testicules inutiles, c'est vrai, mais qui, à leurs yeux, n'en sont pas moins de vrais testicules, ce qui a sur leur esprit une très grande importance » (Auboin). Le résultat immédiat de cette intervention est inférieur à celui de la castration, la cicatrisation de la plaie faite par l'instrument tranchant étant plus rapide et plus nette que celle des solutions de continuité produites par le thermocautère, mais les résultats éloignés, qui sont de beaucoup les plus importants, sont aussi bien supérieurs lorsqu'on donne la préférence au fer rouge.

Pour M. Thiéry, la thermocautérisation est le procédé de choix, parce qu'outre les avantages déjà cités, elle permet l'opération bilatérale et détermine la régression des lésions funiculo-prostatiques. Cette opération, que nous avons vu faire plusieurs fois par M. Thiéry est, en outre, relativement facile.

Le testicule étant immobilisé, on recherche les points les plus fluctuants dans lesquels on enfonce très profondément le fer rouge ; on creuse ainsi des tunnels que

l'on a soin d'espacer suffisamment pour éviter le sphacèle de la peau mais dont la direction perpendiculaire l'un à l'autre permet leur communication. Dans chacun de ces tunnels on introduit des crayons d'iodoforme destinés à tuer les bacilles que la haute température du thermocautère n'aurait pas détruits. M. Thiery, chez les nombreux malades qu'il a opérés par ce procédé n'a relevé, après plusieurs mois, qu'un cas de récurrence dans l'autre testicule.

Il suffit, d'ailleurs, de se reporter aux discussions qui eurent lieu à la Société de Chirurgie, en Avril et Mai derniers, sur l'opportunité de la castration pour se rendre, compte que cette dernière opération, préconisée il y a dix ans par M. Terrillon et défendue actuellement par M. Reynier et Berger, est rejetée par la plupart des Chirugiens qui lui préfèrent les moyens palliatifs ou les interventions partielles, comme, dans certains cas, la résection de l'épididyme et le plus souvent la thermocautérisation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

G. L..., 24 ans, portefaix aux halles.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 30 ans de *tuberculose pulmonaire*, mère bien portante.

4 sœurs : deux mortes en bas-âge, l'une de croup, l'autre de convulsions. Deux vivantes, la première ayant fréquemment des *abcès froids*, la seconde *rachitique* avec cicatrices nombreuses d'*adénites cervicales suppurées*.

Antécédents personnels. — A 17 mois, ophtalmie purulente ayant déterminé la perte de l'œil gauche. Pendant l'enfance *abcès nombreux, sueurs nocturnes abondantes, amaigrissement*. En 1897 : apparition d'une petite nodosité dans l'épididyme gauche que le malade attribue à un effort. A l'hôpital Cochin et à la Pitié, on lui conseille l'huile de foie de morue et les pilules d'iodoforme. Quelques mois après, poussée douloureuse à la suite d'une chute.

Etat actuel. — Au mois de juin 1899, le malade tombe dans la rue, à la suite d'un étourdissement. Reste 5 jours dans le service de M. Berger, il quitte l'hôpital sans avoir été opéré ; on se contente de lui prescrire le traitement général de la tuber-

culose. Au mois de juillet, épididyme plus douloureux que d'habitude ; les *hémoptysies* font leur apparition. Elles sont abondantes et persistent pendant quinze jours, elles sont arrêtées par l'ergotine et l'eau de Rabel ; les sueurs nocturnes continuent avec fièvre. A ce moment sa femme entre à l'hôpital pour bronchite suspecte, deux ans auparavant et avant son mariage, sa santé était bonne, actuellement elle tousse beaucoup, avec amaigrissement très marqué.

Revu le malade au mois de novembre : état général sensiblement amélioré. Le malade a quitté son métier très fatigant pour prendre une profession sédentaire (cordonnier) ; il continue à cracher du sang mais moins souvent et en plus petite quantité, les transpirations sont moins abondantes, l'appétit est meilleur. Le malade continue régulièrement son traitement ; les nodosités de l'épididymes sont stationnaires. On ne constate aucune lésion de la prostate.

Auscultation. — *Craquements secs au sommet gauche en avant et en arrière, respiration rude au sommet droit avec expiration prolongée.*

OBSERVATION II (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

P..., gardien de la paix, 36 ans.

Antécédents héréditaires. — Bons. Père mort âgé. Mère bien portante. Deux frères morts, l'un paralysé, l'autre (pas de renseignements).

Antécédents personnels. — Pas de maladie. Urétrite blennorrhagique il y a 7 ans.

Etat actuel. — Au mois d'avril 1899, après une fatigue de plusieurs jours, le malade ressent une douleur vive dans le testicule droit avec augmentation de volume du testicule et rougeur du scrotum. Il se présente à la consultation de la Pitié où l'on diagnostique une phymatose de l'épididyme droit ; au toucher rectal, on sent une induration de la prostate du même côté.

Le malade entre dans le service de M. Picqué ; les douleurs sont plus vives, la rougeur s'accroît, quelques gouttes de pus s'écoulent par le méat. Une incision est pratiquée donnant passage à un pus abondant et très fétide, on place des mèches et quelques temps après la cicatrisation s'effectue, par contre on sent un noyau dans l'épididyme gauche.

Le malade ne présente pas de symptômes nets de tuberculose pulmonaire, il est très sujet au coryza, ce coryza persiste longtemps (4 mois) et revient très facilement, transpiration nocturne parfois abondante, amaigrissement marqué.

A l'auscultation. — Respiration rude au sommet droit ?

Revu au mois de novembre : état stationnaire.

OBSERVATION III (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

J..., Jean, 39 ans, portefaix aux halles.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. Homme vigoureux n'ayant fait aucune maladie jusqu'en 1887 ; à cette époque, pendant son service militaire, il contracte une *bronchite aiguë* de laquelle il n'a jamais complètement guéri. Depuis ce moment, il *tousse* beaucoup surtout pendant l'hiver, il a des crachats muco-purulents abon-

dants, surtout au réveil, il a *maigri* et a des *sueurs nocturnes fréquentes*, il n'a pas eu d'hémoptyxies et n'a pas cessé son travail qui est fatigant.

Au mois de juin 1899, il a ressenti une douleur au testicule droit avec augmentation de volume qu'il attribue à un effort.

Il se présente à la consultation de la Pitié où l'on diagnostique une tuberculose de l'épididyme et on lui prescrit un suspensoir, de l'huile de foie de morue et des pilules d'iodoforme.

A l'auscultation. — *Craquements secs au sommet droit et expiration prolongée à gauche.*

OBSERVATION IV (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

S..., typographe, 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de *bronchite suspecte*, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole à 10 ans, *tousse fréquemment*, a des *sueurs nocturnes abondantes*, *congestion pulmonaire en août 1896*.

Etat actuel. — Tuberculose de l'épididyme droit avec ulcération; à côté de cette ulcération, on remarque une cicatrice, trace d'une ancienne lésion plus petite, qui se forma en même temps que la première et avec laquelle elle communiquait. L'ulcération actuelle est ovale, de la dimension d'une pièce de 50 centimes; les bords sont amincis, décollés à contours bien arrondis. Dans le fond on voit des fongosités baignant dans un pus jaunâtre, mal lié. La palpation nous révèle une masse indurée où il est assez difficile de différencier l'épididyme

du testicule, cependant il existe un sillon qui sépare la tumeur en deux portions. La portion externe et antérieure où les lésions sont les plus prononcées semble être l'épididyme, le testicule est probablement en inversion.

Toucher rectal. — A droite masse indurée sur la prostate.

Poumons. — Sommet droit, *respiration rude avec expiration prolongée*. A gauche, râles de bronchites disséminés.

Sous l'influence du traitement interne, le malade revient à une santé meilleure, les sueurs sont moins abondantes, les forces réapparaissent avec la cessation de l'amaigrissement.

OBSERVATION V (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

G... 37 ans, raffineur.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un cancer du foie. Mère bien portante. A un frère âgé de 19 ans, qui *tousse depuis son enfance, avec hémoptysies fréquentes et qui est soigné actuellement pour une pleurésie*. A une sœur, âgée de 25 ans, atteinte de *bronchite chronique* ? et qui sur cinq enfants en a perdu trois dont deux de *méningite*.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 18 ans. Blennorrhagie guérie rapidement, à 22 ans.

Etat actuel. — Au mois de juin, le malade se présente à la consultation de la Pitié pour une petite tumeur douloureuse siégeant au testicule gauche et dont il s'est aperçu il y a une quinzaine de jours. M. le Dr Thiéry diagnostique une tuberculose de l'épididyme, avec kyste à la base du cordon de la grosseur

d'une noix. Le malade entre dans le service du Dr Picqué, il en sort une semaine après, sans avoir été opéré.

Toucher rectal. — *Induration de la prostate à gauche.*

A l'auscultation. — *Craquements secs au sommet gauche.* A la base en arrière, traces de pointes de feu et frottements. *Revu au mois de décembre :* Le noyau tuberculeux de l'épididyme n'a pas sensiblement diminué mais l'état général est meilleur, le malade a repris son travail quoique la toux et les transpirations nocturnes n'aient pas cessé complètement.

OBSERVATION VI (Personnelle).

(Consultation de la Pitié).

O..., 43 ans, employé au gaz.

Antécédents héréditaires. — Père a eu, dans son enfance, une tumeur du pied probablement de nature *phymateuse*. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Le malade *tousse depuis deux ans*; a des rhumes difficiles à faire disparaître, il a parfois des sueurs nocturnes abondantes, il a *maigri beaucoup*.

Elat actuel. — Il y a quatre mois, il ressent dans les bourses une douleur peu vive avec augmentation de volume des testicules. Deux mois après, un *abcès* se forme, puis une fistule d'où s'écoule du pus fétide à la partie supérieure du scrotum à gauche. Le malade se présente à la consultation de la Pitié où l'on diagnostique une tuberculose testiculaire double et où on lui prescrit de l'onguent mercuriel, un suspensoir et un traitement interne.

Revu au mois de novembre : Depuis, il s'est présenté à plu-

sieurs consultations et a toujours refusé d'accepter le conseil qu'on lui donnait d'entrer à l'hôpital. Actuellement, il suit un traitement en ville qui ne diffère pas de celui qui lui a été prescrit. L'état général est meilleur, la fistule s'est fermée ; mais les noyaux persistent dans les deux épидидymes, les sueurs sont moins abondantes, le malade ne maigrit plus, il a repris son travail.

Au toucher rectal, on sent une *induration de la prostate des deux côtés, plus marquée à gauche.*

A l'auscultation, *respiration rude au sommet gauche* et râles de bronchites disséminées à droite et à gauche.

OBSERVATION VII (Personnelle).

(Hôpital Saint-Michel).

P., 42 ans, ouvrier dans une manufacture de produits chimiques.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de variole. Père mort de *bronchite suspecte* après six mois de maladie. Deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Jusqu'à 38 ans, santé bonne. A cette époque, *pleurésie* à droite, traitée par six vésicatoires. Depuis, le malade a *perdu ses forces*, il a *maigri*, il a des *sueurs nocturnes*. Il y a deux ans, *abcès* dans les régions inguinale, trochantérienne et lombaire qui ont suppuré longtemps et ont nécessité plusieurs ponctions. Le malade va à la campagne où sa santé redevient plus satisfaisante. De retour à Paris : nouvelle suppuration des abcès froids qu'on fait disparaître par le grattage. Quelque temps après, poussée dans l'épididyme droit avec orchite, écoulement purulent par le méat et douleurs vives à la miction.

Le malade entre, de nouveau, à l'hôpital Saint-Michel où il avait été soigné auparavant pour ses abcès; on fait un *grattage* de la lésion phymateuse, une *fistule persiste avec très légère suppuration*. Le malade reprend son travail. *Dix mois après l'intervention dans le testicule droit, le testicule gauche se prend à son tour*, les douleurs sont vives avec orchite, l'écoulement apparaît de nouveau, le malade entre à l'hôpital pour subir le même traitement.

Toucher rectal. — Lors de la première intervention, on avait senti deux noyaux dans la prostate du côté droit, actuellement on sent une nouvelle induration du côté gauche.

A l'auscultation. — *Respiration rude au sommet gauche et craquements humides dans la fosse sus-épineuse droite.*

OBSERVATION VIII (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

V... J... 28 ans, palefrenier.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de fièvre typhoïde. Père mort de congestion cérébrale (alcoolique), sœur morte à 3 ans de fièvre typhoïde. *Frère mort à 12 ans de bronchite suspecte.*

Antécédents personnels. — Convulsions à l'âge de 5 ans, suivies de paralysie de la jambe gauche qui a été traitée par l'électricité pendant un an. *Deux cicatrices* l'une à droite de l'ombilic l'autre à la région cervicale, suite d'un adéno-phlegmon.

Il y a trois ans, *pleurésie* gauche ayant duré six semaines et ayant nécessité deux ponctions. Un an après environ, *toux* et *expectoration* abondante à la suite d'un refroidissement, et

n'ayant jamais cessé complètement et revenant très facilement ; à la même époque, *crachements de sang* peu abondants et *transpirations nocturnes*.

Dans le courant du mois de février 1899, le malade éprouve dans le testicule droit une douleur, tout d'abord peu vive, puis de plus en plus marquée, il se présente à la consultation de la Pitié où l'on porte le diagnostic d'épididymite tuberculeuse et commencement de phymatose du canal déférent.

V... entre dans le service de M. Picqué, il en sort 8 jours après, l'opération n'ayant pas été faite, on lui conseille le port d'un suspensoir et de la pommade mercurielle belladonnée.

Revu à l'hôpital Cochin, au mois de novembre, où il était entré pour des douleurs dans la jambe gauche avec atrophie datant de l'enfance et une névralgie faciale. Depuis le mois de juillet, les sueurs ont été très abondantes, l'amaigrissement peu marqué mais la *perte de forces très sensible*, deux ou trois fois par mois il *crache le sang* en petite quantité, depuis juillet, il a eu deux poussées aiguës dans le testicule, le noyau phymateux est plus volumineux, la *prostate est prise à droite*. Le malade continue à s'enrhumer à la moindre occasion, il présente en outre des signes d'éthylisme et d'hystéro-neurasthénie.

A l'auscultation. — *Respiration soufflante à droite dans la fosse sus-épineuse, et craquements secs au sommet gauche.*

OBSERVATION IX (personnelle)

(Consultation de la Pitié),

D. J..., 53 ans, ajusteur.

Antécédents héréditaires. — Père mort : maladie de foie, mère morte de bronchite chronique ? à 35 ans.

Antécédents personnels. — A eu, en 1867, une *arthrite* du genou soignée pendant un an et qui s'est terminée par ankylose. Il y a 5 ans : *première hémoptysie*, depuis cette époque, nouveaux vomissements de sang se renouvelant 4 ou 5 fois par an et durant huit jours, quelquefois un mois, la dernière hémoptysie a eu lieu le 20 octobre 1893 et n'a cessé qu'à la fin de décembre. A ce moment, *très affaibli* il quitte son travail. Dans le courant de janvier, il consulte à l'hôpital Cochin pour une petite tumeur qui s'est développée dans le testicule droit sans douleur, on lui prescrit un suspensoir et du repos.

Etat actuel. — Il entre le 30 janvier dans le service de M. Faisans. Le 2 mars M. Berger l'examine et porte le diagnostic suivant : épидидyme droit, très gros, dur et un peu inégal. Aucune lésion au canal déférent, lésions de la prostate à gauche et des vésicules séminales à droite, petit noyau douteux dans la tête de l'épididyme gauche. M. Berger ne l'opère pas. Le malade entre dans le service de M. Jaccoud où il est soigné pour une *tuberculose au 2^e degré*. D... sort dans les derniers jours d'avril.

OBSERVATION X (personnelle)

(Consultation à la Pitié).

B... E. 38 ans, garçon de magasin.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 39 ans de *tuberculose pulmonaire*.

Antécédents personnels. — A eu 3 enfants dont deux sont morts en bas âge l'un à 18 mois, l'autre à 3 ans. Le malade porte au côté droit des traces de sangsues et de vésicatoires, il est *très sujet aux bronchites*. Il y a un an, chancre au dos de la

verge, pas d'autres manifestations ultérieures que des plaques muqueuses et des adénites inguinales et cervicales. Il contracta sa *première bronchite à l'âge de 10 ans*, et la *seconde à 17 ans*, depuis il *n'a cessé de tousser*, il a remarqué que ses crachats, abondants et épais, sont parfois *striés de sang*, il ne vomit pas, il *transpire beaucoup la nuit*.

Etat actuel. — Il y a six semaines, le malade s'aperçoit que son testicule gauche augmente de volume et devient un peu douloureux, il entre à l'hôpital le 20 avril 1899. Il présente un *écoulement urétral* qu'il n'avait pas remarqué et dont il ne saurait indiquer le début, le testicule gauche plus gros que l'autre, nodosités dans l'épididyme, hydrocèle peu abondante.

Toucher rectal. — *Prostate indurée à droite et à gauche*.

Auscultation. — Craquements secs à gauche au sommet en avant, *respiration rude à droite dans la fosse sus-épineuse*.

Revu en janvier : la tumeur phymateuse de l'épididyme n'a pas diminué, l'écoulement n'a pas cessé, le malade ne suit aucun traitement, son état général ne s'est pas amélioré.

OBSERVATION XI (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

Th. G..., 48 ans raffineur.

Antécédents héréditaires. — *Père mort de bronchite à 30 ans*.

Antécédents personnels. — *Il y a trois ans*, le malade a eu une *pleurésie gauche* qui a duré sept semaines. Depuis cette époque, il *tousse fréquemment*, *a maigri beaucoup et a perdu ses forces*, *épistaxis* deux ou trois fois par mois. Il y a deux ans, il entre à l'hôpital Cochin où il reste un mois, on lui met des *pointes de*

feu au sommet droit en avant. Il se plaint souvent d'étouffements, on lui prescrit en ville de l'éther, des cataplasmes sinapisés, des vésicatoires.

En décembre 1898 : gonflement du testicule gauche avec douleur surtout pendant la miction ; le malade entre en janvier dans le service de M. Picqué à la Pitié ; le *testicule et l'épididyme sont enlevés, guérison assez rapide, cicatrice parfaite* ; trois mois après, douleur dans le testicule droit avec gonflement, le malade entre de nouveau dans le service de M. Picqué le 21 juin.

L'épididyme est volumineux de même que le testicule, la *prostate est indurée des deux côtés*. Le malade se plaint, comme avant et après l'opération, de douleurs très vives en urinant, on le sonde plusieurs fois par jour, on lui donne des capsules de goudron.

A l'auscultation. — *Craquements secs à droite au sommet en avant; râles sous-crépitaunts du côté gauche, principalement à la partie moyenne.*

Au mois de novembre nous avons recueilli à son domicile les renseignements suivants : T. G. mort au mois d'octobre.

Depuis sa sortie de l'hôpital, il a continué à tousser et à maigrir, les transpirations nocturnes étaient très abondantes et les douleurs en urinant toujours très vives.

Sa femme, âgée de 40 ans, bien portante jusqu'à l'an dernier tousse depuis cette époque, elle a maigri et a perdu ses forces, T.G. a eu trois enfants : une *jeune fille de 17 ans morte* l'an dernier de *péritonite tuberculeuse*, deux autres jeunes garçons *chétifs* dont l'un porte à la région cervicale plusieurs cicatrices d'adénites suppurées.

OBSERVATION XII (personnelle).

(Hôpital Saint-Jacques Besançon).

B..., bottier, faisant actuellement son service militaire.

Antécédents héréditaires. — Père et frère bien portants. Mère morte à 48 ans d'une maladie de poitrine.

Antécéd. personnels. — Le malade a eu une pleurésie en 92 et une bronchite aiguë en 97 ; depuis cette époque il tousse fréquemment surtout pendant l'hiver.

Etat actuel. — Il y a 3 mois, il s'aperçoit d'une petite tumeur peu douloureuse de l'épididyme, on lui prescrit le port d'un suspensoir et il continue son service. Il y a quelques jours, ayant enlevé son suspensoir, la douleur devient plus vive et il entre à l'hôpital militaire. Il a maigri principalement depuis 3 mois, il a des crachats abondants le matin. A l'auscultation : *respiration rude et soufflante au sommet gauche en arrière et craquements secs dans la fosse sus-épineuse droite*, râles de bronchites disséminés.

Le malade est présenté au conseil de réforme et renvoyé dans ses foyers.

OBSERVATION XII (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

M..., employé aux chemins de fer, 35 ans.

Antécédents héréditaires. — Bons. — Père mort d'accident. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Dans le jeune âge : ventre très développé. Membres grêles. *A marché tardivement.* Le malade contracta en 1880 une blennorrhagie qui a nécessité un séjour à l'hôpital Ricord. En 1887, il eut de l'*adénite* du creux axillaire. Pendant l'hiver 94, il est atteint d'une *bronchite* soignée par des vésicatoires, il reste 20 jours au lit ; depuis cette époque il *tousse*, il a des *épistaxis* fréquentes qui avaient déjà fait leur apparition pendant l'enfance, ses *crachats sont striés de sang* ; à ce moment, à l'occasion, dit-il, d'un léger traumatisme, un petit noyau se développe dans l'épididyme droit, suivi rapidement de plusieurs autres.

En avril 99. — Le malade prend une *grippe* avec épistaxis, courbature, les lésions de l'épididyme s'accroissent et évoluent plus rapidement. M. se présente à la consultation de la Pitié le 30 juin, M. le docteur Thiery diagnostique une tuberculose de l'épididyme qui est gros et induré, le testicule est volumineux, peu douloureux à la palpation ; les *transpirations sont abondantes* principalement pendant la nuit, le malade se plaint, outre de la toux, d'un *coryza* revenant au moindre froid. Il entre dans le service de M. Picqué d'où il sort, après 9 jours, sans avoir subi d'opération.

Nous avons *revu* le malade à domicile au mois de décembre. M., à sa sortie de la Pitié, a repris son travail (comptabilité) ; les différents symptômes énumérés précédemment ont persisté ; le malade signale en plus une *extinction de voix fréquente* et parfois des *douleurs en urinant*. Les lésions des organes génitaux n'ont pas sensiblement augmenté.

Toucher rectal : la prostate, au mois de juin, ne présente rien d'anormal ; en décembre : petite induration du côté droit. *Auscultation* : *craquements secs à la région claviculaire gauche*,

expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse droite, râles sibilants disséminés dans les deux poumons.

OBSERVATION XIV (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

L... L., 17 ans.

Antécédents héréditaires. — Père assez bien portant. Mère morte de bronchite suspecte à 30 ans.

Antécédents personnels. — Quelques stigmates de *rachitisme*. A marché tard. Enfant chétif. A eu une rougeole à l'âge de 5 ans. Pas d'autres maladies. Au mois de février : forte *grippe* avec angine pultacée ; à cette époque : apparition d'une *adéno-pathie* très marquée aux régions sous-maxillaire, cervicale, inguinale ; en même temps, on constate un noyau phymateux à la partie moyenne de l'épididyme droit. Quelques temps après, une petite gomme cutanée se développe au niveau de la commissure labiale.

La prostate est indemne.

Le malade a un peu maigri, son appétit est moins bon, il vomit quelquefois, il tousse fréquemment, pas d'hémoptysies, sueurs nocturnes peu abondantes. A la percussion : *submatité* à la région claviculaire droite avec quelques râles sous-crépitaux secs. A gauche dans la fosse sus-épineuse, *respiration rude*.

OBSERVATION XV (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

G... Pierre, marchand ambulant, 45 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de vieillesse, 75 ans. Quatre frères dont deux sont morts, l'un d'une affection pulmonaire à 40 ans.

Antécédents personnels. — A eu une bronchite à l'âge de 15 ans ; à cette époque on lui prescrivit de l'huile de foie de morue ; il *tousse surtout l'hiver* et principalement depuis cinq ans. Le malade présente en outre des signes d'éthylisme, son foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt ; ictère en 1890. Il y a 2 ans, il ressent une douleur dans le *testicule droit* avec rougeur et gonflement ; il entre dans le service de M. Berger où on lui fait un *grattage*, il *persiste une fistule* dans laquelle on fait des injections antiseptiques ; un mois après sa sortie de l'hôpital, le malade constate la formation d'un nouvel abcès et son ouverture spontanée à l'extérieur. Actuellement il ne reste que deux cicatrices à la base du scrotum.

En octobre : hydrocèle se développant *du côté gauche*, très lentement et sans douleur. Au mois de mai 1899, poussée rapide qui fait de nouveau entrer le malade dans le service de M. Berger le 1^{er} juin. On ponctionne l'hydrocèle symptomatique et on fait immédiatement une injection de 4 gouttes de naphтол camphré.

Le testicule est très gros, on y fait trois injections d'une solution de chlorure de zinc. Huit jours après le malade sort de l'hôpital.

A l'auscultation. — Au sommet en avant à droite : *expiration très prolongée* ; en arrière à gauche : *craquements secs*, à droite : *expiration prolongée et respiration rude*.

Outre *plusieurs bronchites* auxquelles il est sujet, le malade a eu une *pleurésie à droite*, il a *maigri* et a des *sueurs nocturnes*, pas d'hémoptysies.

Revu 4 janvier : l'état général est à peu près stationnaire. Le malade a remarqué depuis quelque temps des *filets de sang dans ses crachats*. La tumeur phymateuse de l'épididyme a diminué ; à la suite des injections de chlorure de zinc, il s'est fait deux fistules qui suppurent légèrement. Le malade, malgré les conseils qu'on lui a donnés, ne suit aucun traitement interne.

Toucher rectal. — Prostate indurée à droite et légèrement à gauche.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

(Hôpital Saint-Antoine)

G..., Henri, 30 ans, terrassier.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 38 ans d'une *bronchite suspecte*.

Antécédents personnels. — A l'âge de 12 ans, le malade a eu une *pleurésie* qui a duré quatre mois, depuis il a toussé beaucoup jusqu'à 20 ans ; à partir de cet âge, la toux est moins fréquente mais elle n'a pas disparu ; le malade a *maigri*, il n'a pas eu d'hémoptysies, il s'essouffle facilement, il a de fréquentes envies de *vomir* après les repas à la suite de quintes de toux. Il est porteur d'une varicocèle gauche qui date de l'enfance et qui a augmenté depuis quelque temps. Au mois de mai 1899, il con-

tracte une blennorrhagie qui ne dure que quinze jours mais qui, incomplètement guérie, s'est transformée en uréthrite chronique. Le malade présente en outre une hernie à droite (bubonocèle) et du même côté une hydrocèle qui a été ponctionnée une première fois en 1894.

Le 20 juin. — Il ressent une douleur vive dans le testicule gauche avec rougeur et gonflement, il entre le 27 dans le service de M. Monod où l'on diagnostique outre une inversion testiculaire une phymatose de l'épididyme.

À l'auscultation. — *Respiration rude et respiration prolongée au sommet gauche et en avant.*

Toucher rectal. — Prostate indurée à gauche.

OBSERVATION XVII (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

F..., 31 ans, typographe.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, 60 ans, bien portante. Père mort à 56 ans d'une bronchite suspecte. Un frère bien portant, élevé à la campagne.

Antécédents personnels. — Depuis longtemps, le malade est sujet aux rhumes, principalement l'hiver. Il y a 5 ans, *hémoptysie* assez abondante qui est revenue plusieurs fois dans le courant du mois. Il y a trois ans, *bronchite aiguë* suivie depuis de rhumes fréquents. Le malade est d'une apparence vigoureuse, il a un peu maigri, les fonctions digestives sont bonnes.

Au mois d'octobre 1899, F... se présenta à la consultation de la Pitié ; il y a une quinzaine de jours, à la suite d'un effort violent, il a ressenti une douleur peu vive dans le testicule gau-

che et en même temps il s'est aperçu d'un noyau induré situé sur la queue de l'épididyme. M. Thiery diagnostique une phymatose épiddymaire, prescrit de l'huile de foie de morue et des pilules d'iodoforme et conseille au malade d'entrer à l'hôpital.

A l'auscultation. — *Aux sommets à gauche respiration rude ; à droite craquements secs perçus principalement dans la fosse sus-épineuse.*

Malade revu en janvier. — N'étant pas entré à l'hôpital, il n'a subi aucune opération ; il a repris son travail, l'état général est meilleur ; la toux n'a pas disparu, les sueurs sont encore abondantes, la *voix est enrouée*, mais le noyau phymateux de l'épididyme a beaucoup diminué ; au lieu d'avoir la grosseur d'une petite noix, il n'a plus que celle d'un pois.

Femme bien portante, enfant de 20 mois, né avant terme, maigre, chétif et très sujet aux rhumes.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

P..., marchand de chaussures, 56 ans.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Rougeole à cinq ans. *Bronchite* à 30 ans, depuis, il tousse souvent ; il a des *hémoptysies* fréquentes principalement depuis quelques mois ; *vomissements* après les repas à la suite d'une quinte de toux. Amaigrissement peu marqué. Signes d'éthylisme très nets : pituites, tremblement des mains, etc.

Etat actuel. — Le malade se présente à la consultation de la Pitié, au mois d'octobre, pour un érythème très intense occupant les organes génitaux et la cuisse gauche.

Cet érythème est produit par l'usage immodéré de pommade mercurielle ; l'intoxication se manifeste par un mal de gorge très violent, et de la stomatite avec salivation. Cette pommade avait été prescrite pour une grosseur située sur la queue de l'épididyme gauche et qui est phymateuse. Le malade entre à l'hôpital dans le service de M. Picqué, il en sort huit jours après, guéri de l'érythème par des pansements humides mais non opéré.

Revu en janvier. — Le malade a eu une *bronchite* dans les premiers jours de novembre et qui n'a pas encore disparu ; les vomissements sont toujours fréquents, les crachats sont épais, parfois *striés de sang* ; la grosseur phymateuse de l'épididyme a légèrement diminué.

OBSERVATION XIX (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

A. D. 23 ans typographe.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 73 ans, a eu la variole et a actuellement une bronchite chronique : 10 enfants tous vivants parmi lesquels une fille de 30 ans qui a eu à 25 ans une *pleurésie*, et un *fil*s qui *tousse fréquemment*.

Antécédents personnels. — Maux de gorge fréquents, le malade *tousse* au moindre refroidissement, il a beaucoup *maigri* depuis 1896, crachats muco-purulents surtout au réveil. A eu en mai 1899 une *hémoptysie* abondante qui n'a cessé qu'au bout de 5 jours.

Etat actuel. — Un mois après, à la suite d'une fatigue, douleur dans le testicule gauche avec rougeur et gonflement, le mala-

de se présente à la consultation de la Pitié où l'on diagnostique une phymatose épидидymaire, il entre le 10 juin dans le service de M. Berger, il en sort le 18 sans avoir été opéré.

A l'auscultation. — *Respiration rude avec expiration prolongée à gauche dans la fosse sus-épineuse.*

Au toucher rectal. — Induration peu marquée de la prostate à gauche.

Revu le malade en janvier 1900. — A sa sortie de l'hôpital, le malade prit du repos, comme on lui avait recommandé, malgré cela, il se trouve plus faible puis peu à peu, sous l'influence d'un traitement interne rigoureux, ses forces revinrent, il reprit son travail. Peu de temps après, il contracta une blennorrhagie, il consulta à Ricord ; son uréthrite dura peu. Actuellement, l'état général est meilleur, les transpirations ont disparu, l'amaigrissement a cessé, la toux est moindre, les crachats cependant sont encore parfois *striés de sang* ; la nodosité tuberculeuse de l'épididyme a diminué de moitié.

OBSERVATION XX (personnelle).

(Consultation de la Pitié.)

S. . . , 28 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'influenza. Mère morte d'apoplexie. 3 frères bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade a contracté une *bronchite* aux Colonies, il y a 2 ans ; depuis il n'a cessé de tousser ; il y a un an : *abcès froid à l'anus* qui a donné lieu à une fistule.

Elat actuel. — Le malade se présente en janvier 1900 pour cette fistule qui est douloureuse et qui suppure toujours. Et le

D^r Thiéry porté en outre le diagnostic d'inversion testiculaire gauche avec phymatose épидидymaire, affection sur laquelle le malade n'avait pas attiré l'attention.

S... a *maigri*, il a un *faciès pâle*, des *transpirations nocturnes*, il a perdu en partie ses forces, son appétit est conservé et il *vomit* fréquemment après les repas à la suite des quintes de toux.

A l'auscultation. — *Respiration soufflante à droite en arrière et diminution du murmure vésiculaire à gauche à la région sous-claviculaire avec submatité.*

OBSERVATION XXI (personnelle).

(Consultation de la Pitié.)

E. D..., 20 ans, mécanicien.

Antécédents héréditaires. — Père 52 ans a eu une maladie d'estomac. Mère bien portante. 5 enfants qui tous sont sujets aux rhumes.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance : la scarlatine. A 18 ans une *pleurésie* à gauche; à 20 ans une blennorrhagie qui a duré 3 semaines.

Elat actuel. — Le malade au mois de juin 1899, ressent une douleur dans le testicule droit avec gonflement, on lui prescrit de la pommade iodurée et un suspensoir; quelques jours après, il vient à la consultation de la Pitié où l'on porte le diagnostic de tuberculose de la queue de l'épididyme droit et on lui prescrit de l'huile de foie de morue et des pilules d'iodoforme. Le malade n'a pas cessé son travail, mais il le fait avec plus de difficulté, car il a *maigri*, il est *pâle*, il a *perdu ses forces* en par-

lie, il a des *transpirations nocturnes*, mais il ne vomit pas et n'a pas eu d'hémoptysies ; il tousse beaucoup depuis sa pleurésie.

A l'auscultation. — Respiration diminuée dans le poumon gauche, *respiration rude à droite avec quelques craquements secs, à la toux.*

OBSERVATION XXII (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

F. Y. couvreur, 59 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 70 ans d'accidents, mère morte à 59 ans. 7 enfants dont 2 morts au service militaire.

Antécédents personnels. — Le malade a eu 10 enfants dont 3 sont morts ; l'un à 2 mois de *méningite tuberculeuse*, le second à 2 ans 1/2 de la même maladie, le troisième à 7 ans d'un *chaud et froid* après avoir beaucoup maigri et toussé pendant 2 ans.

Y... dit n'avoir jamais fait de grave maladie.

Il y a 2 ans, à la suite d'une légère urétrite, il éprouve une douleur dans le testicule avec rougeur et gonflement, il continue son travail pendant un mois, puis il entre à la Pitié d'où il sort, huit jours après, amélioré par le repos, il reprend son travail le lendemain.

Au commencement de juillet, nouvelle urétrite légère guérie en 4 jours ; à ce moment, à la suite d'un effort violent, il éprouve une douleur dans le testicule qui devient très gros en 3 jours. Il vient consulter à la Pitié où l'on diagnostique, outre une inversion testiculaire, une tuberculose de l'épididyme.

Le malade entre à l'hôpital d'où il sort huit jours après sans avoir été opéré. Il a des *transpirations abondantes* il tousse et il a souvent de l'enrouement, il a remarqué quelques *filets de sang* dans ses crachats.

A l'auscultation : respiration rude et expiration prolongée à gauche en arrière.

OBSERVATION XIII (personnelle).

(Consultation de la Pitié).

J. R..., 22 ans, coiffeur.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 48 ans bien portant, mère âgée de 38 ans, amaigrie, faible et toussant fréquemment. Une sœur ayant une bonne santé.

Antécédents personnels. — R... n'a jamais été malade jusqu'à son arrivée à Paris, il y a un an. Six mois après, en août, le testicule droit augmente de volume, devient un peu douloureux, le malade porte un suspensoir et continue son travail pendant 6 semaines ; la douleur étant plus vive, il entre à l'hôpital Ricord ; un abcès s'étant formé, on l'ouvre et on fait un grattage qui donne lieu à une fistule qui suppure encore légèrement.

Au mois de janvier, il se présente au conseil de révision, il est réformé. Il y a une semaine, il entre de nouveau à l'hôpital Ricord pour une tumeur assez volumineuse, semblable à la première et qui s'est développée sur l'épididyme gauche. Il est soigné actuellement à l'aide de cataplasmes de farine de lin.

La prostate est indurée des deux côtés, principalement à gauche. Pas de maladies vénériennes.

Le malade *tousse*, il *transpire la nuit*, il a un peu maigri, ses forces ont diminué, pas d'hémoptysie, l'appétit est conservé, pas de vomissements.

A l'auscultation. — *A gauche en avant au sommet respiration rude, du même côté, dans la région sus-épineuse craquements secs.*

OBSERVATION XXIV (personnelle).

(Consultation à la Pitié).

B..., fleuriste, 21 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une maladie nerveuse. Père, frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Une rougeole à 2 ans. Une scarlatine à 7 ans. Une blennorrhagie à 19 ans, n'ayant duré qu'une quinzaine de jours. Au mois d'août 1899, nodosité peu douloureuse dans l'épididyme gauche ; un mois après, il se développe du côté droit une petite tumeur semblable. Le malade se présente à la consultation de la Pitié et entre dans le service de M. Picqué, d'où il sort 10 jours après, sans avoir été opéré. Après une semaine de travail, nouvelle douleur, le malade entre à l'hôpital Ricord où on le soigne avec des cataplasmes de farine de lin ; l'inflammation et la douleur disparaissent.

B... n'a pas maigri, n'a pas perdu ses forces, il n'a jamais eu d'hémoptysie. Les transpirations nocturnes sont peu fréquentes.

A l'auscultation. — *Râles de bronchite disséminés des deux côtés et dans toute la hauteur des poumons. Coryza fréquent.*

B... a été réformé pour développement insuffisant du thorax.

OBSERVATION XXV (personnelle).

(Hôpital St-Antoine).

C..., tourneur sur cuivre, 40 ans.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Pas de maladie avant 37 ans ; à cette époque il contracte une *bronchite qui dure 2 mois* ; depuis il *tousse* surtout l'hiver. Il y a un an, blennorrhagie qui a guéri complètement. Au mois de mai 1899, rougeur, douleur et gonflement du testicule droit ; le malade entre dans le service de M. Blum qui fait la castration avec ablation du cordon.

Le malade sort de l'hôpital, pendant une quinzaine de jours, il se sentit faible, puis ses forces revinrent, il reprit son travail.

Revu en janvier : état stationnaire, le testicule gauche est sain ; le malade tousse beaucoup, il transpire souvent la nuit. Amaigrissement peu marqué ; pas d'hémoptysie ; pas de vomissement.

A l'auscultation. — *Râles de bronchite disséminés et emphyseme.*

CONCLUSIONS

1) Lorsqu'on a porté le diagnostic de tuberculose testiculaire, on doit s'occuper de l'état général du sujet et rechercher, d'une façon minutieuse et systématique, les signes de la diathèse tuberculeuse et les symptômes fonctionnels et physiques de la phymatose viscérale ;

2) Parce que le traitement doit différer selon qu'on se trouve en présence d'une affection locale ou d'une manifestation d'une affection générale.

3) Dans plus des deux tiers des cas, il y a coexistence de la tuberculose épидидymaire et de la tuberculose viscérale et principalement de la bacillose pulmonaire au premier degré.

4) Lorsque la tuberculose du testicule est au début et lente dans son évolution, le traitement interne a peut-être plus d'efficacité que le traitement local.

5) Lorsque les lésions sont plus avancées, l'action du fer rouge est plus certaine que le grattage.

6) Si le testicule est atteint au point qu'on ne peut songer à le conserver, il est utile, le plus souvent, de remplacer la castration par les ponctions profondes au thermocautère.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Auboin.** — Traitement de la tuberculose testiculaire par la cautérisation au fer rouge : thèse de Paris 1873.
- Barnier.** — Thèse de Paris 1873.
- Brissaud.** — Tuberculoses locales (Archives de Médecine, août et septembre 1880).
- Cayla.** — De la tuberculisation des organes génito-urinaires, Thèse de Paris 1887.
- Charvot.** — De la tuberculose chirurgicale (Revue de chirurgie 1884.)
- Collinet.** — Considérations sur la tuberculose des organes génito-urinaires chez l'homme. Thèse de Paris.
- Cooper.** — Inflammation chronique des testicules.
- Fossard.** — De l'orchite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1855.
- Lefèvre.** — Thèse de Paris, 1888.
- Mougin.** — De l'épididymite caséuse. Thèse de Paris, 1873.
- Nargaud.** — Suppuration chronique des voies séminales. Thèse de Paris, 1873.
- Okinczyc.** — Tubercules des testicules. Thèse de Paris, 1873.
- Reclus.** — Etude sur la tuberculose, 1888, p. 131. Thèse de Paris, 1876.
- Rochette.** — Tuberculose primitive du scrotum. Thèse de Paris, 1885.
- Thiéry.** — De l'Intervention chirurgicale dans les tuberculoses locales et chez les tuberculeux. Traitement pré et post opératoire. Thèse de Paris, 1889.

Tilden Brown. — Annales des organe génito-urinaires (mai 1898).

Vallas. — Thèse de Paris, 1894.

Verchère. — Portes d'entrée de la tuberculose, Thèse de Paris 1884.

Verneuil. — Hypothèse sur l'origine de certaines tuberculoses génitales dans les deux sexes (Gazette hebdomadaire 1883 n. 14).

Villars. — Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. Thèse de Lyon 1894.

Vouillac. — Etude sur la prothèse testiculaire. Thèse de Paris 1899.

Société de chirurgie (Paris) avril et mai 1899.

Vu : le Président de la thèse

TILLAJUX.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD



